



Efemérides da Pediatria portuguesa (2)

Henrique Carmona da Mota



Como ia dizendo ...

No final dos anos 80 os alicerces de uma boa rede de serviços de saúde infantil estavam criados e a funcionar: cuidados de saúde primários nos Centros de Saúde distribuídos por todo o país; Serviços de Pediatria em todos os Hospitais distritais, muitos deles excelentes; um bom número de pediatras bem formados e um número crescente de uma nova geração de enfermeiras com formação específica em Saúde infantil e Pediatria (desde 1980). Como consequência os índices sanitários das crianças portuguesas iam melhorando rapidamente e com isso ia emergindo um tipo de patologia cada vez mais diferenciado a que urgia dar resposta. Os recém-nascidos foram uma das prioridades.

Com base em trabalhos pioneiros (Grupo de trabalho para a melhoria dos cuidados em perinatologia (DGS 1980), Comissão Nacional de Avaliação da situação da grávida e do recém-nascido - Albino Aroso, Octávio Cunha, Pereira Leite... *et al.* 1985) constituiu-se um grupo nacional de peritos de Obstetrícia e Pediatria neonatal (Torrado da Silva, Albino Aroso, Octávio Cunha, Pereira Leite, Martins Palminha, Luís Carvalho, Dória Nóbrega, Purificação Araújo, Vicente Souto) escolhidos pelo Octávio e coordenado pelo secretário de Estado Baptista Pereira (do ministério de Leonor Beza), redigiu o Relatório sobre Cuidados de saúde materna e neo-natal em 1989 (Figura 1) que deu origem ao Programa Nacional de Saúde Materna e Infantil (1990 – 1999).



Figura 1

Esse grupo de peritos produziu esse notável documento depois de ouvir inúmeros pediatras, obstetras, clínicos gerais e enfermeiras com o objectivo de baixar a elevada mortalidade infantil, reorganizando o Serviço Nacional de Saúde (SNS) de forma a privilegiar os que mais precisavam. Os recursos criteriosamente

escolhidos foram amplamente compensados; o poder apoiou-os e os resultados surgiram: A Saúde Materna e Infantil em Portugal: uma história de um sucesso (<http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/05/smibuenosaires.pdf>) e Nascer Prematuro em Portugal 1996-2000 de Valdemar Martins, Hercília Guimarães, Céu Machado, Teresa T Correia, Teresa L Correia, JC Peixoto, Gabriela Mimoso, Daniel Virella (<http://www.lusoneonologia.net/usr/files/downloads/d5be427979a647e615755a1d04f4fa13.pdf>).

A mortalidade dos recém-nascidos passou de 12,1‰ em 1985 para 2,0‰ em 2007. A mortalidade perinatal foi de 4‰ em 2008, quase um quinto do valor de 1983 (Figura 2). O melhor valor da União Europeia a 15 (Luxemburgo) foi de 3,3‰ em 2006.

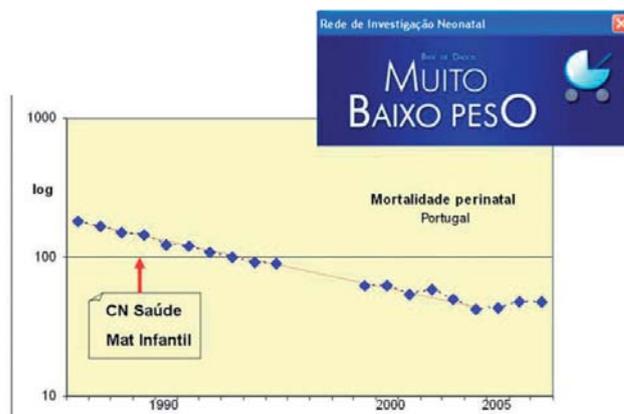


Figura 2

Sem importar modelos “dos países mais avançados” mas importando-se em procurar a solução adequada dos problemas concretos dos portugueses, foi possível reformar um serviço público sem o desfigurar – motivando muitos para um projecto de bases sólidas e em que acreditavam.

Apoiado em argumentos técnicos o poder conseguiu vencer resistências paroquiais – uma estratégia exemplar dessa comissão, mantida e aperfeiçoada pela actual geração de médicos e enfermeiras que cuidam dos recém-nascidos portugueses como se todos fossem da mesma família. O registo nacional de recém nascidos (RN) de muito baixo peso, mantido sem encargos suplementares e o transporte de RN de risco são referências de nível internacional que tanto os defensores como os críticos do SNS parecem ignorar.

O que não é tão bem conhecido é a história desta análise concreta da situação concreta de como se nascia em Portugal – in

loco e em contacto com os responsáveis – que implicou inúmeras reuniões e visitas aos locais onde se nascia. Na zona Centro o entusiasmo, a perseverança e o “optimismo indestrutível” de Torrado da Silva foram o motor desta pequena epopeia. Luis Januário, um desses apóstolos, registou:

Quero lembrar o teu indestrutível optimismo

*Era uma noite de tempestade
no regresso de uma sessão científica.
Não tínhamos jantado
e um após o outro
os fartos e quentes restaurantes da Beira
recusavam-nos alimento e abrigo.*

*Eu provocava-te, assim às vezes gostava de o fazer.
Como aceitar um mundo tão frio
onde nenhuma porta se abria?
Era de facto impossível não haver recompensa
para os apóstolos
que com o mais genuíno desinteresse
davam a sua noite
ao progresso da saúde infantil.
Não podia chover assim,
as pessoas terem sido tão desinteressadas!
E invectivava o teu incorrigível optimismo:
Onde está a boa parte disto?
Qual o lado positivo?*

*E tu respondias com a infundada crença
na bondade do género humano,
respondias com uma voz que te dava razão
embora chovesse, fizesse frio,
nenhuma luz brilhasse
e um a um os restaurantes encerrassem
na estrada da Beira
nessa noite.*

*A coisa boa
- e essa era a verdade atrás da tua improvável razão,
era tu existires
e estares ali connosco.*

Luis Januário, Saúde Infantil.

Foi com esse indestrutível optimismo sólido e tranquilo, baseado numa sólida formação pediátrica, numa ampla cultura e numa arte diplomática que Torrado da Silva desafiou muitos para esta proeza que contagiou tantos e deixou continuadores que ainda hoje se mantêm activos na Rede de Investigação Neonatal.

A velocidade de queda dos valores da mortalidade infantil, perinatal e dos RN de muito baixo peso continuou, apesar de cada vez mais difícil à medida que se atingiam valores dos países padrão e, ainda mais, quando estes foram ultrapassados. Estes resultados foram obtidos com a equilibrada gestão dos recursos – Excelente coeficiente de correlação ($r^2 = 0.983$) entre os gastos com saúde *per capita* em Portugal e a queda dos valores da mortalidade perinatal em 1990-2001 (Figura 3).

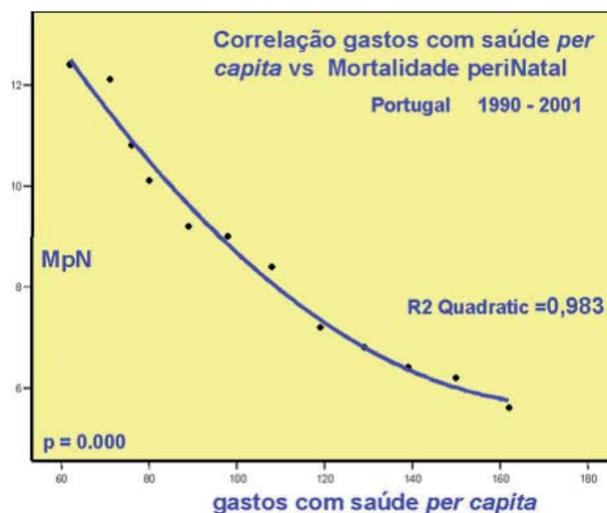


Figura 3

O que foi reconhecido pela OMS: “Multivariate analysis of the time series of the various mortality indices since 1960 shows that the decision to base Portugal’s health policy on PHC principles, with the development of a network of comprehensive primary care services, has played a major role in the reduction of maternal and child mortality, whereas the reduction of perinatal mortality was linked to the development of the hospital network.” **The World Health Report 2008** (http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf).

Foi um dos mais brilhantes resultados do SNS, justamente naquelas crianças que mais precisam – os RN de mais baixo peso e de maior risco, conseguido com a aplicação dos generosos princípios do SNS – organização, equidade, eficiência; em prol dos que mais precisavam e não dos que mais reclamavam.

Entretanto o número de pediatras ia crescendo, as reuniões eram frequentes – gerais, regionais ou por especialidades, muito facilitadas pelas novas vias – rodo e electrónicas. Muito diferente do que acontecia alguns anos antes. Naquele tempo, em Coimbra éramos um punhado. As reuniões da SPP eram em Lisboa, no anfiteatro da Maternidade Alfredo da Costa. Os que podiam ir cabiam num único carro; partíamos ao fim da tarde para chegar a horas, que não havia auto-estrada. Petiscávamos num restaurante de camionistas, ao km 80, umas magníficas bifanas em óleos trans-saturados. Éramos os primeiros a chegar; no regresso, continuávamos a discussão dos temas da reunião.

Nos anos 80 a atitude dos serviços de saúde foi severamente perturbado pela SIDA. Para mim, o sinal mais chocante foi o fim da reutilização das seringas de vidro, esterilizadas pela fervura. A fervura das seringas fazia parte do ritual médico (Figura 4).

“Ele lembrava-se de quando o avô, médico também, fazia circuncisões em casa e fervia seringas na chama duma vela.”

Agustina Bessa Luís: Vale Abraão. Lisboa, Guimarães Editores, 1991



Figura 4

Foi também então que a lavagem das mãos foi sendo eclipsada pelo uso e abuso das luvas para quase todo o contacto com qualquer criança.

Ao princípio as luvas serviam para proteger as mãos de agressões estranhas – das armas ou da imundície. Mais tarde, serviam para proteger as feridas do doente da contaminação accidental por germes das mãos do médico. Eram as luvas cirúrgicas.

A SIDA inverteu tudo; desde então as luvas servem para proteger os médicos e as enfermeiras de eventual contaminação pelo sangue dos doentes – uma espécie de preservativo.

Algo semelhante aconteceu com as máscaras. As burkas que as afeãs usam (e o tule com que as senhoras de há um século velavam o rosto quando saíam*) serviriam para que não fossem contaminadas por olhares estranhos.

A gripe, a aviária e agora a gripinA vulgarizou o seu uso; o ambiente hospitalar estendeu-se à rua chinesa e mexicana para protecção contra os miasmas que vagueiam por aí para perdição da humanidade.

Contra a gripe A coagimos as crianças uma obsessiva lavagem das mãos (Figura 5) que tornaria mais difícil identificar o síndrome de Rett que a Karin e outros descreveram (Hagberg B, Aicardi J, Dias K, Ramos O. Rett's syndrome. Ann Neurol 1983;14:471-479) uma forma estranha de regressão psicomotora com uma peculiar estereotipia das mãos como se, incessantemente, as pequenitas atingidas as procurassem lavar.



Figura 5

O receio da SIDA também acabou com a utilização de colostro fresco doado por generosas puérperas transbordantes para re-alimentação da diarreia rebelde de lactentes malnutridos que resistiam ao “leite de frango”, numa época em que as fórmulas hidrolisadas e a alimentação parenteral eram inexequíveis ou quase (HC Mota, AM António. Regime não lácteo para lactentes. Rev Port Pediatr 1984; 11:113-18).

Os cuidados, os recursos e as instalações iam melhorando pelo que a atenção às crianças doentes ia acompanhando a dada às doenças das crianças. As enfermeiras foram aliviadas da prescrição de “carinhos 3 i.d.”; a presença das mães nos Serviços de Pediatria tornou-se um imperativo legal em 1998 mas quase todos os Serviços já o praticavam – na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) do Serviço de Pediatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) desde a sua inauguração em 1975.

A “humanização” dos cuidados à criança foi um dos objectivos iniciais do Instituto de Apoio à Criança que publicou a “Carta da Criança Hospitalizada” em 1998, uma espécie de “Carta Constitucional” outorgada pela rainha; nesta caso foi aceite sem guerra civil dado já ser norma corrente na maioria dos Serviços. E como já tinha visto funcionar na Muxima:

“Na Muxima, em Angola, havia um posto médico com um pequeníssimo hospital, sob minha responsabilidade durante dois meses (de chuva, calor, mosquitos e trovoadas fantásticas ao anoitecer) na era colonial de 1963. Recordo um pavilhão central – com a sala de consulta e de cirurgia (muito pequena), a farmácia e o laboratório – com morcegos no teto.

Os doentes estavam «externados» em pequenas casitas duma só divisão, cubatas feitas de tijolo, rodeando um pátio central, diariamente varrido. Ficavam instalados com as famílias que deles cuidavam e para eles cozinhavam segundo as nor-

* O Vaticano aceitou que as mulheres assistissem à missa sem véu na cabeça no início dos anos 60, em simultâneo com o uso da pílula que a Igreja combatia.

mas tradicionais. Instalações modestíssimas, elementares mas adequadas aos valores daquela comunidade que aceitava bem esta hospitalização rudimentar.

Às sete horas começava a visita médica, misto de hospitalar e domiciliária. Não havia horários para as visitas da família. O Cuanza corria ao lado.”

Carmona da Mota H. Rev Port Pediatr 1992;23:332

É este princípio que inspira as actuais Casas da Criança, da Acreditar.

Se “humanizar” a hospitalização era indispensável, melhor seria evitar a hospitalização sempre que possível; esse foi o papel dos cuidados extra-hospitalares às crianças doentes nomeadamente ao privilegiar a Consulta de modo a permitir manter a criança em casa, evitando a hospitalização. Foi esse o papel dos Centros de Saúde e das Consultas Externas hospitalares que, desde 1977, Nicolau da Fonseca dirigiu no Hospital Pediátrico (HP) com a qualidade e o estatuto de Serviço hospitalar.

Na antiga Maternidade do Instituto Maternal, no Largo da Sé Velha, em Coimbra, lia-se:

“A criança pequena separada da mãe põe-na em estado de sofrimento e em perigo de morte”.

Bissaya Barreto

A humanização dos S. de Pediatria implicava não só trazer a mãe (e a família) para o hospital mas também trazer a Escola – foi o papel das educadoras de infância e das professoras com todas as vantagens inerentes.

Implicou também ligar o hospital à comunidade — um papel decisivo do S. Social ao tentar resolver os problemas sociais subjacentes de que a criança maltratada é o exemplo mais gritante.

Nos anos 90 deu-se outro novo passo nesse sentido, ainda mais arrojado mas bem fundamentado – levar o hospital ao domicílio. No caso, a alimentação entérica e parentérica e a ventilação não invasiva e mesmo a invasiva, iniciada no hospital e continuada em casa ao cuidado das mães, treinadas no Hospital.

Com ventilação não invasiva nocturna, uma doente com mucopolissacaridose que era mensalmente internada por problemas respiratórios decorrentes do Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono nunca mais teve necessidade disso com a consequente melhoria do seu bem-estar.

O Hugo (Figura 6) está há mais de 8 anos em casa com ventilação invasiva contínua (24h/d) por tetraparésia pós meningite pneumocócica; a mãe é a “enfermeira” permanente com o apoio da família, do HP e o suporte do CS de Gouveia, da escola, dos bombeiros e da EDP; é um bom aluno (escola por videoconferência e professora domiciliária) que os condiscípulos visitam.

O diagnóstico e o apoio à criança maltratada no domicílio foram outros dos desideratos da Pediatria portuguesa. Em 1986 a SPP publicou os primeiros relatos de experiências



Figura 6

nacionais. Foi o tema da Tese de doutoramento de Jeni Canha (1997) que provou o papel da “madrinha” na recuperação destas crianças e das famílias. Também aqui o papel do S. Social foi decisivo.

Em 1992 foi criada a Associação Portuguesa para a Segurança Infantil (APSI); as Comissões de Protecção das Crianças e Jovens foram criadas em 1998.

Se tivesse que escolher marcos técnicos na Pediatria nestes anos, atrever-me-ia a escolher a agulha alada (“butterfly”), as curvas de crescimento e o Boletim de Saúde Infantil, o saco colector de urina, as fitas diagnósticas (“Multistix”) e o Uricult® (que evitou tantos falsos diagnósticos de infecção urinária). E, noutro registo, a ecografia, a PCR (*polymerase chain reaction*), a net, a telemedicina e toda a panóplia de cuidados intensivos (Figura 7).



Figura 7

Em cirurgia, o que me marcou mais foi a microcirurgia, a laparoscopia, a expansão da cirurgia ambulatória e as operações de Kasai e de Ilizarov e, por fim, o transplante hepático (em 1994, o primeiro em Portugal)

Desde o início, em Coimbra, publicámos lições de Pediatria para os alunos; a responsabilidade era dos encarregados da regência da Cadeira (o Torrado e eu) mas contámos com a contribuição de muitos. Foram as “Lições de Pediatria” com os temas básicos adequados às necessidades dos alunos que tem tido edições anuais.

Por iniciativa de Jorge Humberto foi traduzida para chinês (Instituto Cultural de Macau) em 1993, para uso dos médicos chineses que iam trabalhar no Serviço de Pediatria do Hospital português. Foi a prenda encontrada para retribuir as edições portuguesas do Livro Vermelho de Mao – uma “sebenta” coimbrã por um catecismo m-l.

Entretanto iam sendo publicados livros de Pediatria de outro fôlego – A Orientação Diagnóstica em Pediatria, de Martins Palminha e Eugénia Carrilho (2002), Conceitos básicos de Ortopedia Pediátrica, do Jorge Seabra (2005), e finalmente a Tratado de Clínica Pediátrica de Videira Amaral (em 2008).

Noutra perspectiva, a da Pediatria das crianças saudáveis, o Grande Livro do Bebê (2002) e O Livro da Criança – 1 aos 5 Anos (2007) de Mário Cordeiro e a Nova Pediatria (Mais criança – As Necessidades Irredutíveis ou A criança e a família no Sec XXI) de JC Gomes-Pedro a que gosto de juntar o “Vício de Pensar” que Ramos de Almeida publicou em 1998, que incluí na bibliografia recomendada aos alunos. E as monografias de grande interesse prático – Antibióticos no Ambulatório Pediátrico (Pita Groz e Paula Valente) e Medicamentos mais úteis no Ambulatório de Luis Lemos *et al.*

Mas a Pediatria portuguesa não se limitou a Portugal. Logo após a independência de Cabo Verde, Arsénio Pina, um cabo-verdiano licenciado e especializado em Portugal, regressou a Cabo Verde. Era o único pediatra de Cabo Verde pelo que teve que optar; com o apoio de uma ONG sueca organizou os cuidados básicos à criança. No belo edifício do antigo dispensário, com o apoio de um pediatra cooperante sueco (Harrtel) e com uma pequena equipa de enfermeira e auxiliar lançou as bases de um programa integrado de saúde às crianças – PMI (protecção materna e infantil). Ali vi usadas as curvas de crescimento da OMS nos BSI resumidos numa folha pelo David Morley (Figura 8); eram as mães que as traziam. Como ainda não havia “Oralite”, misturou sal, citrato de sódio e glucose. Foi ele que adaptou o nosso leite de “frango”...

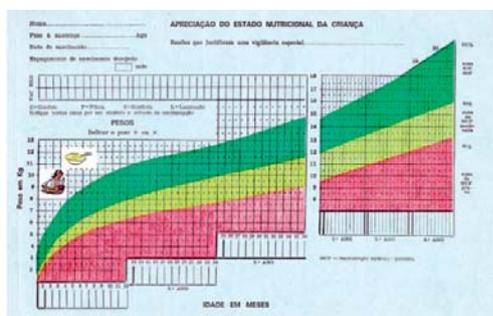


Figura 8

“em que substituímos o frango por peixe em pó, as cenouras (caras entre nós) por farinha de trigo, glicose por sacarose e água de cozimento de arroz.

Harrtel, o pediatra sueco cooperante, estava desesperado com as diarreias prolongadas dos nossos malnutridos internados em quem já tinha ensaiado tudo o que recebera da Suécia. Aconselhei-lhe o “leite” de peixe; dois dias depois disse-me, radiante, que as diarreias tinham desaparecido como por encanto e a miudagem se regalava com o “leitinho”, sem estranhar o gosto do peixe.”

Anais/AECCOM 1999, N° 2, Vol. I, 115-124

O prestígio e o sucesso foram rápidos e duradouros; o Arsénio foi representar a OMS na África Ocidental e os pequenitos cabo-verdeanos continuaram com dos melhores índices sanitários de África.

Em 1982 Jorge Humberto Morais, chefe de Serviço no HP foi assumir a direcção do S. Pediatria do Hospital Conde S. Januário de Macau. Era director e único pediatra, de serviço 24 horas por dia.

Criou o Serviço do zero (lembro a câmara de fototerapia, artesanal, onde estavam oito amarelitos a corar) (Figura 9) e deu-lhe enorme prestígio que a evolução dos índices de saúde justificam.



Figura 9

De zero pediatras à chegada passou progressivamente para 15 – portugueses e chineses – conseguindo reconhecimento pela Ordem dos Médicos. De 20 camas passou para 64. Em 1993 criou uma Urgência Pediátrica autónoma – 125/d – dotada de UICD com 6 camas e uma Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido com 20 berços, dos quais 6 em Cuidados Intensivos.

O prestígio foi reconhecido pelo Governador Rocha Vieira, seu parceiro de ténis, (medalha de Mérito Profissional) e pelo Presidente Jorge Sampaio (Comenda da Ordem de Mérito).

Durante este período deixaram de se usar muitas das armas terapêuticas ou diagnósticas com que a minha geração conviveu: a vacina anti-variólica, a prova tuberculínica sistemática, as botas “ortopédicas”, as consultas “para ir para a praia” e os “choques” de vitamina D, o mercurocromo, a cafeína, a “coramina” e outros “analépticos cardio-respiratórios”, os supositórios de bismuto nas amigdalites, a diarreia “parenteral” e a miringotomia, cortar o freio da língua, a pesquisa do derrame “subdural”, as gotas óticas, os xaropes “para a tosse”, o uso de antibiótico e da alfarroba (Farrobina®) na diarreia, os probióticos (Antibiophilus®, bacilos búlgaros Lactil-Lab®) com a antibioterapia*, a associação da penicilina com a estreptomina (Hipopen E®), o cloranfenicol (Chloromycetin®) e a tetraciclina (Terramicina® gotas); a desparasitação sistemática (Mintezol®), os “tónicos” (lisina - Cresvite®, Fosfolisina®) para abrir o apetite e as “essências antissépticas” (Transbronquina® rectal) (os assinalados ® eram anunciados na Revista Portuguesa de Pediatria de 1966).

* Era norma nunca receitar antibióticos de largo espectro sem o associar a Ultra-levure® ou a complexo B.

“Tivera uma vez dores de ouvidos e deitaram-lhe leite materno para suavizar o sofrimento. Lembrava-se desse lento gotejar e do seio brando a que se encostava.”

Agustina Bessa Luís. Vale Abraão. 1991

“Molero apresenta o espólio de Leduc...:... uma caixa de pronto-socorro com mercurocromo, tintura, adesivo, algodão, pensos instantâneos, uma seringa e duas agulhas; duas caixas de injeções; um boião de pomada; três ligaduras...”

Dinis Machado. O que diz Molero, Quetzal 1977

As ventosas, o clister, o escalda-pés, o algodão iodado, o óleo canforado e o RUV na prevenção do raquitismo já haviam sido abandonados com a mesma sem-razão com que haviam sido introduzidos - sem que a sua eficácia tenha sido avaliada.

Mais grave foi o que aconteceu com algumas novas vacinas: associações fortuitas foram tomadas por relações causais. Nos anos 70 a componente pertussis da DTP foi arguida de desencadear espasmos infantis e, nos anos 90, o tiomersal da VaSPR no autismo. Dado o prestígio de quem levantou a suspeita, esta foi empolada pelos *media* e gerou uma comoção social enorme. A taxa de vacinação baixou muito, tendo surgido epidemias de tosse convulsa e de sarampo, doenças que já haviam sido controladas. Nunca foi provada a alegada relação causal. (http://www.cochrane.org/press/MMR_final.pdf)

O receio dos efeitos secundários das vacinas é recorrente tanto no público como entre os médicos. A vacina é um processo que contradiz um paradigma médico com milhares de anos – procura-se o médico quando nos sentimos doentes na expectativa de melhorar; custa a aceitar uma vacina que se toma quando se está de saúde e que pode causar algum mal-estar. O cepticismo perante a novidade é salutar se não degenerar em paranóia.

Com a queda do muro de Berlim, o conflito ideológico do século desfez-se; perdidas as ideologias dominantes, socorremo-nos dos bordões antigos. Sejam quais forem as razões – frustração de expectativas irrealistas na ciência e no progresso – emergiu o “*extraordinário apetite mágico do nosso tempo, que tem dificuldade de recusar a promessa de um domínio absoluto sobre a realidade e uma paz definitiva*” (perdi a referência)* com o conseqüente retrocesso a modelos mentais históricos. H. Jackson explicou bem este mecanismo no campo neurológico (<http://alcatraz.blogspot.com/2007/05/evolucao-neurolgica-sociobiologia.html>).

“ *It is only in the brief span of this century that physicians have something more than bedside manner with which to treat their patients. We now have a generation of physicians trained in the empiric scientific method who, though equipped*

with an arsenal of drugs and procedures, seem to inspire less confidence in their patients than did their predecessors. The conventional medicine is failing to meet the high expectations of the public.

Patients are increasingly using a myriad of alternative therapies, ranging from the quasiscientific to the metaphysical, to supplement the perceived deficiencies of modern medicine”.

Spiegelblatt L. Alternative Medicine. Curr Probl Pediatr 1995 Jul;25(6):180

Com a nossa desastrada ajuda, assistiu-se ao regresso das “medicinas” alternativas, do charlatanismo e da magia, promovida a panaceia e tolerada pelo complacente espírito relativista do “porque não?”. E assim, muitos desanimados ...

“... foram bater à porta do santo ceguinho. Morava quase em coiro na cabana de palha e ali sarava os enfermos com a simples imposição das mãos, deparava as coisas perdidas, reconciliava os desavindos, e não havia melhor advogado no Céu para pressas e torna-doiros de água.”

Aquilino Ribeiro. S. Banaboião, anacoreta e mártir. Publicado em 1964, mas terminado em 1937

Hoje, os “Bonaboiões” não são santos nem ceguinhos e ganham bem a vida.

A emergência de paleo-processos mentais explica o comportamento do Dr. Bonaboião Jr – a crença mágica em métodos e medicamentos pomposos de eficácia não provada.

O fim do contraponto trouxe a libertação dos reflexos primários: explodiu o fanatismo (*Alcaida* e subprime – o resultado da “*elevação da ganância a virtude pública*”. R. Adams). Mas nem todos os recuos foram retrocessos; a ecologia foi salutar e o *Back to Sleep* um êxito.

Simultaneamente acentuou-se a baixa da natalidade associada a um notável aumento da esperança de vida; desde 2008 que nascem menos portugueses do que os que morrem, com as conseqüências previsíveis.

Todas as mortes são insubstituíveis mas, como sempre, umas mais do que outras; nestes últimos anos morreu Torrado da Silva e Nicolau da Fonseca, dois dos maiores nomes da Pediatria portuguesa do século passado. Um, um autodidacta, era de um rigor e exigência extremos que impunha a si e aos outros. O tempo era o que o doente necessitava. Filtrava toda a experiência pessoal e destilava-a lentamente na crítica da literatura pediátrica de referência. Na enfermaria e na consulta todo o carinho ia para as crianças doentes; não tolerava desaforos de ninguém nem dos pais. Se se “portavam mal”, dava-lhes “alta disciplinar” do seu consultório privado. Tinha um requintado sentido de humor que só revelava com os amigos ou nas magistrais palestras sobre Pediatria ambulatória que ele cultivou com engenho e arte. Foi um dos meus (poucos) mestres.

* “*um certo suicídio leviano da coerência, a desagregação cindindo a ordem, o deixa andar no coração do esquema...*” . Dinis Machado. O que diz Molero. 1977

O Torrado era muito diferente; “trouxe à Pediatria de Coimbra e nacional uma dimensão europeia e uma projecção internacional. Transmitiu também uma perspectiva integral e culta isenta de miopia paroquial e de arrogância palaciana. Tudo isto incomodou a corte.

Civilizado, aceitava a diferença com curiosidade; diplomata,

conseguia que os outros mudassem de opinião sem perderem a face, com uma elegância exemplar.”

Tive o privilégio de ter trabalhado com ambos, aprendido com ambos e ser amigo de ambos; boa parte do que aqui recordo devo-a a um ou ao outro: teria submetido estas memórias à crítica de ambos.